

CALWORKS* - SOLICITUD PARA PAGO SUPLEMENTAL DEBIDO A LA DISMINUCION DE INGRESOS

ES POSIBLE QUE RECIBA DINERO ADICIONAL SI EL CONDADO CONSIDERA SUS INGRESOS PARA DETERMINAR SU ASISTENCIA MONETARIA Y ESOS INGRESOS HAN DISMINUIDO O SE HAN DESCONTINUADO.

- Tiene que usar este formulario para solicitar dinero adicional.
- Solamente puede recibir dinero adicional si sus ingresos, no incluyendo su asistencia monetaria, han disminuido o se han descontinuado. No puede usar este formulario para recibir dinero adicional por otras razones, tales como el nacimiento de un bebé, la necesidad de ropa para niños que regresan a la escuela, ni porque necesita mudarse.
- Tiene que presentar la solicitud el mes en que necesite el dinero adicional, no antes ni después.
- Tiene que completar y devolver un formulario por separado cada mes en que el condado considere ingresos que han disminuido o se han descontinuado para determinar su asistencia monetaria.

El condado tiene que determinar su elegibilidad para recibir dinero adicional antes de que pasen 7 días laborables a partir de la fecha en que el condado reciba este formulario completado. Si no necesita el formulario este mes, guárdelo para después.

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Nombre del trabajador: _____ Teléfono: () _____

1. Complete lo siguiente:

NOMBRE DEL CASO	SU NUMERO DE SEGURO SOCIAL
-----------------	----------------------------

2. Explique sobre los ingresos que disminuyeron o se descontinuaron. Complete abajo:

¿Qué ingresos cambiaron?	¿Cuándo?	¿Por qué cambiaron?

3. Adjunte pruebas del cambio en los ingresos (notificación de terminación de empleo, notificaciones o declaraciones del Seguro Social/seguro contra incapacidad o discapacidad/seguro contra desempleo, etc.). Si no tiene pruebas, escriba el nombre del patrón o de la oficina/agencia con los que nos podamos comunicar:

PATRON/OFICINA/AGENCIA	TELEFONO
	()

DIRECCION

4. Anote el dinero que espera recibir este mes de _____ (MES ACTUAL)

(No incluya la cantidad de su pago mensual de asistencia.)

INGRESOS	FUENTE DE LOS INGRESOS
Ingresos ganados brutos \$	
Otros ingresos \$	

CERTIFICACION

- Entiendo que las declaraciones que he hecho en este formulario están sujetas a investigación y verificación, incluyendo el comunicarse con la persona, la oficina/agencia o el patrón nombrados arriba.
- Adicionalmente, declaro bajo pena de perjurio y en conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que las declaraciones que he hecho en este formulario son verdaderas y correctas, según mi leal saber y entender.
- A fin de que se tramite esta solicitud, autorizo al condado para que obtenga la verificación que sea necesaria en relación a mis ingresos y circunstancias. Esta autorización es válida por 30 días a partir de la fecha en que la firme.

FIRMA _____ FECHA EN QUE SE FIRMO _____

FIRMA DEL ESPOSO(A) O DE OTRO ADULTO QUE RECIBE LOS BENEFICIOS _____ FECHA EN QUE SE FIRMO _____

TELEFONO () _____ TELEFONO PARA MENSAJES () _____

El proporcionar su número de Seguro Social (SSN) en este formulario es voluntario. El SSN se usará para identificarlo a usted y sus expedientes. Si no podemos identificarlo, es posible que no reciba dinero adicional.

*CalWORKs: Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños

SOLO PARA USO DEL CONDADO

DATE POSTMARKED	SUPPLEMENTAL MONTH
CASE NUMBER	WORKER NAME/NUMBER

A. ACTUAL GRANT AMOUNT (RISP Month) \$	
B. RISP MONTH ESTIMATED NET INCOME	
1. Total Disability-Based Unearned Income (Income of AU and Non-AU Members)	\$ _____
2. \$225 Disregard	- _____
3. Subtotal Nonexempt Disability Based Income (B1 minus B2) (Enter positive amounts in B9) (Enter negative amounts in B5)	= _____
4. Gross Earned Income (AU and Non-AU)	\$ _____
5. Remainder of \$225 Income Disregard (Enter amount from line B3 if negative)	- _____
6. Subtotal Earned Income (B4 minus B5)	= _____
7. 50% Earned Income Disregard (B6 divided by 2)	- _____
8. Subtotal (B6 minus B7) (Net Nonexempt Earned Income)	= _____
9. Nonexempt Unearned Disability Based Income (Enter amount from line B3 if positive)	+ _____
10. Other Countable Income of Family	_____ + _____
11. Net Nonexempt Income of Family (Sum total of B8, B9 and B10)	\$ _____

C. RISP MONTH AVAILABLE INCOME	
1. Actual Grant Amount (Enter from A)	\$ _____
2. O/P adjustment (if used in actual grant computation)	+ _____
3. Special Need (if used in actual grant computation)	- _____
4. Child/Spousal Support Disregard	+ _____
5. Net Nonexempt Income (Enter from B11)	+ _____
6. Penalties (Such as 25% Non-Co-op, school attendance, and immunization)	_____ + _____
7. Total Available Income	\$ _____

D. RISP PAYMENT	
1. 80% of AU MAP	\$ _____
2. Total Available Income (Enter from C7)	- _____
3. RISP Payment	\$ _____

APPROVED DENIED
WORKER SIGNATURE _____ DATE _____